

Министерство здравоохранения Свердловской области
государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области
«Детская городская клиническая больница № 11 город Екатеринбург»
(ГАУЗ СО «ДГКБ № 11»)



П Р И К А З

«09» января 2025г.

№ 1

Екатеринбург

**Об организации
Внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской помощи**

В соответствии с Федеральным законом РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; Федеральным законом РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», Федеральным законом РФ от 12.11.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федеральным законом РФ от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ;

во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; № 203п от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Назначить ответственным лицом за организацию работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности по больнице заместителя главного врача по КЭР Паньшину И.С.
2. Назначить ответственными за организацию и проведение внутреннего контроля качества медицинской помощи:
 - по круглосуточному и дневным стационарам, кардиоцентру, диагностическим подразделениям, стоматологии заместителя главного врача по медицинской части, ЦЗС;
 - по амбулаторно-поликлинической службе (в т.ч. по отделению неотложной помощи, отделению восстановительного лечения, кабинету охраны зрения, отделению платных услуг) заместителя главного врача по АПС.
3. Утвердить:
 - 3.1 Службу по контролю качества и безопасности оказания МП в составе:

- ✓ заместитель главного врача по КЭР Панышина И.С. (руководитель)
- ✓ заместитель главного врача по АПР Зюзева Н.А.
- ✓ заместитель главного врача по медицинской части Рязанова Т.А.
- ✓ заведующий отделом методологии и качества мед. помощи Никитин С.В.
- ✓ главная медсестра Сергеева Н.С.
- ✓ заведующий эпидемиологического отдела Колтунова Е.С.
- ✓ заведующий ОККМП Архипова М.М. (секретарь)
- ✓ заведующий аптекой Хорькова И.К.
- ✓ заведующий ООМПН в ОО Евдокимова Т.Н.
- ✓ заведующий ЦЛД Пономарева А.О.
- ✓ старшая медсестра КСС Мельникова М.П.

3.2 Положение по Службе контроля качества (Приложение №1).

3.3 Положение по проведению внутреннего контроля качества (Приложение №2)

3.4 План аудитов подразделений (Приложение №3).

3.5 План целевых экспертиз (Приложение №4).

4 Назначить уполномоченными по качеству заведующих отделениями и старших медсестер круглосуточного стационара, заведующего дневным стационаром, заведующего ОСП, заведующих поликлиниками, заведующих педиатрическими отделениями АПП, отделений диагностической службы, ОВЛ, ГДКЦ, школьных и дошкольных отделений.

5 Уполномоченным по качеству:

5.1 проводить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 1-го уровня в подразделениях в соответствии с настоящим приказом;

5.2 обеспечить учет результатов контроля качества 1 уровня в электронном или бумажном виде в своем подразделении, ежеквартально предоставлять отчет профильному заместителю главного врача;

5.3 принимать участие в подготовке и проведению в аудитов (плановых и внеплановых) по распоряжению главного врача;

5.4 при выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др.

- доводить замечания до персонала отделения под роспись,
- принимать меры к устранению выявленных недостатков,
- учитывать при распределении стимулирующих выплат по итогам работы за месяц;

6 Старшей медсестре КСС:

6.1 обеспечить проведение аудитов подразделений по контролю качества работы среднего медицинского персонала с заполнением актов, чек-листов, взаимодействие с эпидемиологами и с заведующим аптекой в соответствии с планом (Приложение № 3)

6.2 ежеквартально доводить результаты аудитов до руководителей подразделений, до главной медсестры, заместителя главного врача по медицинской части и до

заместителя главного врача по КЭР с рекомендациями по плану коррекции выявленных нарушений;

6.3 обеспечить ведение реестров и регистрацию утвержденных стандартных операционных процедур (СОП) и стандартных операционных карт (СОК).

7 Главной медицинской сестре:

7.1 осуществлять контроль за оснащением медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи, за обслуживанием, а также за безопасностью работы медицинского оборудования и медицинских;

7.2 совместно с эпидемиологами осуществлять контроль санитарно-эпидемического режима в подразделениях не реже 1 раза в месяц с заполнением актов, чек-листов и разработку корректирующих мероприятий;

7.3 осуществлять контроль за исполнением СОП и СОК в подразделениях.

8 Заведующему ОККМП:

8.1 Обеспечить проведение плановой и внеплановой внутренней экспертизы медицинской документации (в т.ч. в электронном виде) в рамках контроля качества 2 уровня по утвержденным чек-листам в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями и приказом МЗ РФ № 203н от 10.05.2017 (не менее 30), (плановые в соответствии с Приложением №4);

8.2 при выявлении дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок в лечебно-диагностическом процессе, в т.ч. приведших к летальному исходу или развитию нового заболевания, сообщать о них руководителю подразделения и профильному заместителю главного врача;

8.3 ежемесячно анализировать результаты внутренней и внешней экспертизы медицинской документации с предоставлением отчета заместителю главного врача по КЭР;

8.4 ежеквартально предоставлять отчет заместителю главного врача по КЭР о выявленных врачебных ошибках, дефектах оказания медицинской помощи в разрезе подразделений с планом корректирующих мероприятий;

8.5 взаимодействовать со страховыми медицинскими организациями и территориальным Фондом ОМС, рассматривать их иски и претензии, в случае несогласия с претензиями составлять «Протокол разногласий»;

8.6 составлять ежеквартальный и ежегодный план мероприятий и отчет по исполнению планов;

8.7 обеспечить сбор и анализ утвержденных статистических показателей качества и безопасности медицинской деятельности, предоставлять анализ ежеквартально на заседаниях Службы контроля качества;

8.8 обеспечить подготовку заседаний Службы контроля качества не реже 1 раза в квартал с оформлением протокола не позднее чем через 7 дней после проведения заседания.

9 Заместителю главного врача по медицинской части и заместителю главного врача по АПР:

9.1 ежеквартально проводить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности при проведении обходов в подведомственных

подразделениях с заполнением чек-листов, проводить анализ, доводить до сведения руководителей структурных подразделений выявленные дефекты под подпись, учитывать замечания при распределении стимулирующих выплат по итогам работы подразделений за месяц;

9.2 осуществлять контроль за предоставлением гражданам медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

9.3 ежемесячно проводить анализ причин летальных исходов в стационаре и случаев смерти на дому с организационными выводами;

9.4 ежемесячно проводить анализ обращений граждан и анализ удовлетворенности граждан по подведомственным подразделениям и докладывать главному врачу о принятых управленческих решениях;

10 Заведующему отделом методологии и качества медицинской помощи:

10.1 обеспечить методическое и информационно-аналитическое обеспечение процесса управлением качеством медицинской помощи (далее - КМП);

10.2 обеспечить проведение аудитов подразделений в соответствии с чек-листами Росздравнадзора в соответствии с планом;

10.3 обеспечить регистрацию и анализ нежелательных событий в подразделениях с информированием профильных заместителей главного врача и формированием плана корректирующих мероприятий;

10.4 обеспечить разработку плана корректирующих мероприятий при выявлении несоответствий чек-листам в течение месяца после аудита и контролировать его выполнение;

10.5 обеспечить разработку предложений по повышению КМП на основе применения современных методов и принципов менеджмента качества.

10.6 обеспечить обучение медицинских работников в рамках управления качеством и использования статистических методов контроля качества не реже 1 раза в квартал;

10.7 представлять руководству больницы информационно-аналитические отчеты о состоянии и путях повышения КМП ежеквартально

11 Заместителю главного врача по КЭР (председателю Центральной врачебной комиссии, руководителю службы качества):

11.1 организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в МО в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях внутриведомственного контроля;

11.2 обеспечить издание приказов (распоряжений) о проведении внеплановых экспертиз медицинской документации и аудитов и справки о результатах в течение 10 дней после проведения;

11.3 организовать работу Службы по внутреннему контролю качества в соответствии с регламентом и положением;

- 11.4 еженедельно проводить заседания Врачебной комиссии, контроль качества 3-го уровня, оформлять протоколы по итогам внешнего и внутреннего контроля качества МП за прошедший месяц;
- 11.5 доводить до сведения медицинских работников выявленные дефекты лечебно-диагностического процесса, осуществлять контроль их устранения, осуществлять контроль выполнения плана корректирующих мероприятий;
- 11.6 осуществлять контроль работы с обращениями граждан, организовывать комиссионные разборы обращений граждан не реже 1 раза в неделю, ежемесячно предоставлять главному врачу анализ обращений граждан и реализации управленческих решений;
- 11.7 ежеквартально проводить анализ по результатам проведенного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и реализации принятых управленческих решений, доводить до сведения главного врача;
- 11.8 предоставлять главному врачу аналитическую справку по итогам внешнего и внутреннего контроля качества медицинской помощи в больнице и отчет о работе Службы контроля качества 1 раз в 6 месяцев.
- 12 Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач



А.С. Соколова



**Положение
О Службе контроля качества медицинской помощи
ГАУЗ СО «ДГКБ № 11»**

1. Общие положения.

1.1 Служба контроля качества медицинской помощи (далее – Служба) является функциональным подразделением ГАУЗ СО «ДГКБ №11», осуществляющим деятельность на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

1.2 Службу возглавляет заместитель главного врача по клиничко-экспертной работе, который назначается и освобождается от занимаемой должности приказом главного врача.

1.3 Служба создана приказом главного врача с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

1.4 Состав службы утверждается приказом главного врача ежегодно.

2. Задачи Службы.

- ✓ планирование, организация и контроль качества медицинской помощи;
- ✓ координационное руководство качеством в структурных подразделениях;
- ✓ разработка и внедрение организационной структуры системы качества учреждения;
- ✓ разработка плана создания и внедрения системы качества в учреждении;
- ✓ разработка предложений руководству по совершенствованию материально-технической базы и документации в соответствии с существующими требованиями;
- ✓ проведение внутренних аудитов и самооценки учреждения, его структурных подразделений и процессов, подготовка отчетов руководству;
- ✓ консультационная поддержка работ по развитию методов менеджмента качества и разработке системы качества;
- ✓ разработка предложений по работе с персоналом;
- ✓ совместно с уполномоченными по качеству структурных подразделений разработка документации системы качества учреждения, включая необходимые формы и записи, документированные процедуры, руководство по качеству;
- ✓ упорядочение рабочих процессов, определение измеряемых параметров и характеристик их качества, методов их измерения и сбора информации;
- ✓ методические разработки по внедрению современных методов и инструментов менеджмента качества в здравоохранении;
- ✓ проверка и анализ результатов качества лечебного процесса;
- ✓ системное совершенствование и разработка методов оценки качества медицинского процесса в учреждении;
- ✓ проведение экспертиз лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения специальностей и направлений;
- ✓ участие в процессе сертификации;
- ✓ анализ критериев качества за квартал, год;
- ✓ анализ исполнения целей ГАУЗ СО «ДГКБ №11».

3. Основные функции.

Перечень функций Службы вытекает из ее задач:

- ✓ Разработка, внедрение и поддержание системы управления КМП в рабочем состоянии на основе непрерывного ее совершенствования и использования современных информационных и управленческих технологий менеджмента качества;
- ✓ реализация политики в области качества;
- ✓ планирование статистических показателей качества процесса;
- ✓ организация работ по улучшению качества медицинского процесса;
- ✓ проведение различных мониторинговых мероприятий и контрольных операций контроля качества рабочих процессов и их результатов;
- ✓ контроль, анализ, оценка качества лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения медицинского процесса;
- ✓ разработка критериев и методов оценки качества лечения и профилактики;
- ✓ организация проведения внутрибольничных проверок качества оказания медицинской помощи, качества работы структурных подразделений;
- ✓ привлечение необходимых экспертов для проведения внутрибольничных проверок качества медицинской помощи;
- ✓ обучение и мотивация персонала совместно с другими структурами системы качества учреждения;
- ✓ организация и проведение индивидуального и группового консультирования руководителей структурных подразделений больницы, врачей, средних и младших медицинских работников, а также сотрудников администрации по вопросам разработки и внедрения системы качества;
- ✓ оценка результативности работы подразделений МО по обеспечению качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности согласно требованиям Закона «Об охране здоровья граждан», Программы государственных гарантий и конкретных потребителей;
- ✓ разработка предупреждающих и корректирующих мероприятий;
- ✓ подготовка предложений по устранению несоответствий, повышению квалификации и мотивации персонала, улучшению материальной базы, улучшению управления структурными подразделениями и качеством медицинской помощи;
- ✓ создание нормативных документов, соответствующих требованиям ГОСТ Р ИСО, регламентирующих деятельность учреждения в области менеджмента качества;
- ✓ участие в работе семинаров и конференций по проблемам качества медицинской помощи.

4. Права.

- 4.1. Получать ресурсное (материальное, финансовое) обеспечение и информацию, необходимую для качественного и эффективного выполнения функциональных обязанностей.
- 4.2. Запрашивать и получать необходимую информацию по вопросам работы подразделений университета.
- 4.3. Созывать и принимать участие в различных совещаниях по вопросам, связанным с работой отдела.
- 4.4. Представлять ЛПУ во внешних организациях по вопросам управления качеством на основании доверенности.
- 4.5. Принимать участие в совещаниях, конференциях, семинарах по обмену опытом работы в рамках деятельности отдела МК.
- 4.6. По согласованию с руководством соответствующих подразделений привлекать их сотрудников к участию в работе.
- 4.7. Работники отдела МК имеют право на повышение квалификации в соответствии с ТК.
- 4.8. Проводить внутренние аудиты, направленные на поддержание СМК в рабочем состоянии и определение эффективности ее функционирования.

4.9. Иные права, предусмотренные уставом ЛПУ.

5. Обязанности.

5.1. В повседневной деятельности руководствоваться трудовым законодательством, соблюдать действующий устав ГАУЗ СО «ДГКБ №11», Правила внутреннего трудового распорядка и локальные акты учреждения.

5.2. Согласовывать планы работы отдела с другими подразделениями, представлять планы перспективных мероприятий.

5.3 При необходимости составлять и представлять отчеты и другую информацию о деятельности Службы главному врачу.

5.4 Организовывать и вести переписку с внешними организациями в рамках деятельности Службы.

6. Взаимоотношения и связи.

Служба взаимодействует со всеми структурными подразделениями ГАУЗ СО «ДГКБ №11», врачебной комиссией в соответствии со схемой взаимодействия в рамках системы качества (Приложение).

7. Ответственность.

Служба качества несет ответственность:

за подготовку методической и другой документации, предусмотренной деятельностью отдела;

организацию и контроль технологий качества медицинской помощи;

достоверность представляемых данных по деятельности службы.

Всю ответственность за качество и своевременность выполнения возложенных настоящим положением на Службу задач и функций, а также за создание условий для эффективной работы несет руководитель.

Каждый сотрудник несет ответственность за качество выполняемых работ в соответствии с делегируемыми ему полномочиями.

8. Организация работы.

1. В начале каждого года составляется и утверждается главным врачом

- планы аудитов;

- планы экспертиз медицинской документации;

- проекты, составы рабочих групп, дорожные карты проектов;

- целевые показатели качества.

2. Заседания Службы проводятся ежеквартально, в соответствии с планом

3. На заседании Службы заслушиваются отчеты аудиторов, проекты, подводятся итоги показателей качества

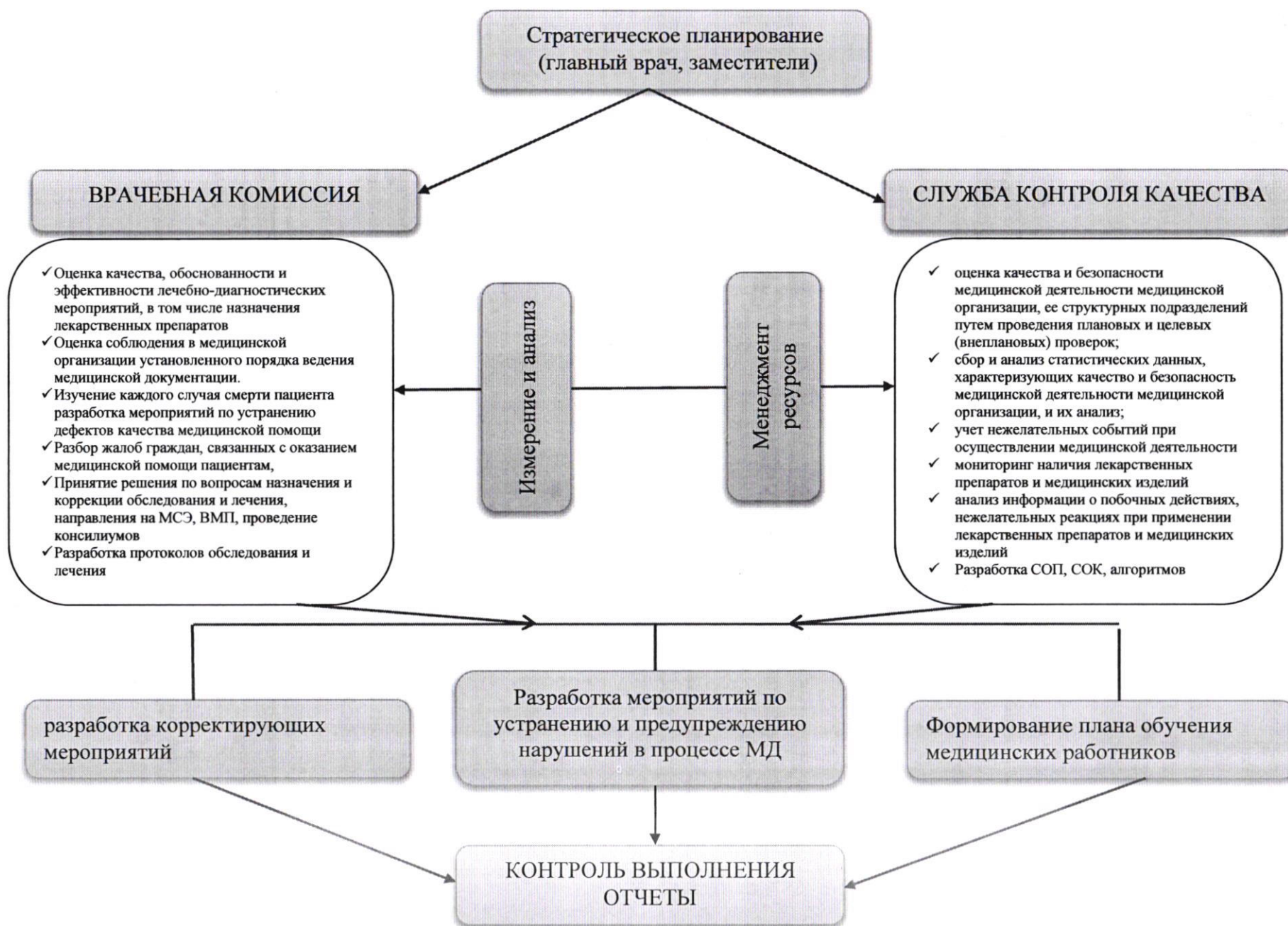
4. По итогам заседания разрабатываются корректирующие мероприятия, утверждаются планы на следующий квартал.

5. По результатам заседания Службы формируется протокол и отчет главному врачу

Положение об отделе качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности разработано:

Руководитель Службы контроля качества Панышина И.С.

«___» августа 2024 года



**Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской деятельности
в ГАУЗ СО «ДГКБ № 11».**

Нормативные ссылки

Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
Федеральный закон от 02.05.2006г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации";
Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г.–№ 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;
Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
Приказ Росздравнадзора от 11.02.2022 № 973 «Об утверждении форм проверочных листов»;

Термины и сокращения:

Стандартная операционная процедура - документально оформленная инструкция по выполнению рабочих процедур или формализованный алгоритм выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи, разработанный в установленном порядке.

Уполномоченные по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Уполномоченные по внутреннему контролю качества) - работники медицинской организации, определенные решением руководителя, осуществляющие организацию и проведение внутреннего контроля.

Уполномоченными по качеству 1 уровня являются непосредственными руководителями сотрудников, находящимися в его подчинении в соответствии с исполняемыми обязанностями, такие как, старшая медицинская сестра, заведующий отделением, заведующий сектором и др. (далее – УПК 1).

Уполномоченными по качеству 2 уровня являются заместитель главного врача, главная медицинская сестра, заведующий детской поликлиникой, главная медицинская сестра детской поликлиники, врач-методист сектора внутреннего контроля, начальник отдела организации работы врачебной комиссии и др. (далее – УПК 2).

Инцидент (неблагоприятное событие) – это ненормальное, необычное событие, происшествие. Такое событие, не являющееся частью нормального функционирования деятельности, влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых услуг и безопасности медицинской помощи, может привести к нежелательному исходу.

Политика медицинской организации в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности - комплекс системных мер, применяемых в медицинской организации (нормативных, организационных, формирование корпоративной культуры и иных), направленных на создание и развитие осознанной потребности оказания качественной медицинской помощи и безопасной медицинской деятельности

Предложение по улучшению – идея работника (группы работников), направленная на повышение результативности и эффективности любого вида деятельности медицинской организации, не требующее открытия отдельного проекта: улучшение состояния рабочих мест, повышение эффективности использования ресурсов и материальных запасов, упорядочение системы материально-технического обеспечения медицинской организации, в том числе, сокращение времени доставки материальных запасов, учета и отчетности, изменение графиков работы и ремонта оборудования или транспортных средств,

обоснованное изменение мест размещения оборудования и т.п., методов управления медицинской организацией.

УВКК – уполномоченные по внутреннему контролю

качества; ВК – врачебная комиссия;

ИСМП – инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи; МО – медицинская организация;

ЛНА – локальные нормативные акты; РД –

распорядительные документы

СОП – стандартная операционная процедура;

УПК – уполномоченный по качеству;

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи

I. Общие положения.

1.1. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль) осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

1.2. Организация и проведение внутреннего контроля в ГАУЗ СО «ДГКБ №11» осуществляется с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи и перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности и направлена на решение следующих задач:

1.2.1. совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, минимизации последствий их наступления;

1.2.2. обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

1.2.3. обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций;

1.2.4. обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских осмотров;

1.2.5. обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации, стандартов медицинской помощи

1.2.6. обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения диспансерного наблюдения;

1.2.7. обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям

1.2.8. предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

1.2.8.1. несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;

1.2.8.2. невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

1.2.8.3. несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой

форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

1.2.9. принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

1.2.10. принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности, в том числе и с использованием информации, поступающих от сотрудников в виде предложений по улучшению (ППУ) и фиксации случаев инцидентов.

1.3. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является заместитель главного врача по КЭР.

1.4. Внутренний контроль организуется и проводится Службой контроля качества (далее - Служба) и уполномоченными лицами по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее - Уполномоченное лицо).

1.5. По решению главного врача разрабатываются иные локальные акты в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, критериев оценки качества медицинской помощи.

1.6. По решению главного врача для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты.

II. Организация проведения мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

2.1 Основные мероприятия по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления

Обеспечение непрерывного улучшения качества и безопасности медицинской деятельности возможно на основе системного управления с поэтапным планированием комплекса мероприятий (таблица 1).

Система управления включает в себя:

2.1.1. определение политики ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности;

2.1.2. проведение контроля, включающего в себя следующие мероприятия:

2.1.2.1. оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

2.1.2.2. сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;

2.1.2.3. учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);

2.1.2.4. мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

2.1.2.5. анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;

2.1.2.6. анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, неуказанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

2.1.2.7. мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.

2.1.3. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал по каждому подразделению.

<i>Источники информации для определения политики в области управления качеством и безопасности медицинской деятельности в МО</i>		
требования федерального и регионального законодательства в области обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности; приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; приказ Росздравнадзора от 11.02.2022 № 973 «Об утверждении форм проверочных листов»; критерии оценки качества в соответствии с приказом МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н показатели по основным направлениям практических рекомендаций; профильные инциденты; результаты ЭКМП; результаты внутренних аудитов; результаты анализа заболеваемости, анализа обращений граждан (жалоб) и др.		
Участники	Функции при формировании политики в области контроля качества	Формирование ЛНА
Главный врач	утверждение основных направлений МО	утверждение РД, ЛНА
УВКК	координация работы по основным направлениям в целом по МО	согласование ЛНА
ВК	экспертная деятельность	коллегиальный орган
УПК 2	определение регламентации по курируемым направлениям, контроль применимости действующих ЛНА	согласование подконтрольных ЛНА
рабочие группы	регламентирующая реализация политики МО по направлению, с учетом применимости ЛНА	разработка профильных ЛНА с учетом приоритетности
УПК 1	контроль реализации политики МО, оценка применимости ЛНА	доведение/контроль доведения ЛНА сотрудникам

2.2. *Определение политики ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности*

2.2.1. Показатели, утвержденные Приказом МЗ РФ от 31.07.2020 г. № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности

медицинской деятельности», определяют политику ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. За основу должны быть применимы принципы оценки, изложенные в приказе Росздравнадзора от 11.02.2022 № 973 «Об утверждении форм проверочных листов» и в Практических рекомендациях Национального института качества Росздравнадзора.

Реализация мероприятий, определяющих политику в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, регламентированы ЛНА, утвержденными в установленном порядке, в том числе и документами, регламентирующими порядок работы с обращениями граждан (жалобами).

2.2.2. В МО определяются применимые основные направления для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 1.1).

2.2.3. Для оценки эффективности работы МО по разделам, а также для сравнения структурных подразделений между собой определены количественные индикаторы. (Приложение 1.2).

*Частота сбора опрашивается значимостью количественных индикаторов. Для оценки могут быть использованы и другие количественные индикаторы, в том числе с использованием возможностей МИС.

2.3. *Формирование базы РД, ЛНА по всем направлениям профильными рабочими группами. Доведение РД, ЛНА и обучение исполнителей.*

2.3.1. По каждому направлению внутреннего контроля при необходимости проведения контрольных мероприятий, разбора предложений по улучшениям приказом главного врача по МО создается рабочая группа.

** Порядок деятельности регламентирован Положением о рабочей группе (Приложение 1.3).

2.3.2. Разработка РД, ЛНА проводится в соответствии с номенклатурой показателей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. ***Актуальность ЛНА, в том числе с позиции их применимости конкретными исполнителями процессов, обеспечивается за счет регулярного пересмотра, с частотой не реже 1 раза в год.

2.3.3. Применение иных РД, ЛНА направленных на решение задач по организации и проведению внутреннего контроля с применением Приказа Росздравнадзора от 11.02.2022 № 973 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

****По решению руководителя могут разрабатываться и другие нормативные акты.

2.3.4. Доведение ЛНА до исполнителей осуществляется по средствам сложившегося документооборота в МО, а также с использованием возможностей АИС, с учетом требований к обучению сотрудников.

2.4. *Порядок проведения внутреннего контроля*

2.4.1. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» является заместитель главного врача по КЭР.

В ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» реализуется система внутреннего контроля, основанная на взаимодействии (Приложение 1.2):

- ✓ Службы контроля качества – обеспечение процессов управления качеством, выявление системных дефектов, разработка корректирующих мероприятий;
- ✓ отдела по контролю качества медицинской помощи – организация проведения ЭКМП и оценка лечебной деятельности на соответствие критериям качества медицинской помощи и федеральным клиническим рекомендациям;
- ✓ отдела методологии и качества медицинской деятельности – оказание методологического и информационно-аналитического сопровождения, разработка предложений по качеству и безопасности медицинской деятельности, учет и анализ

- нежелательных событий;
- ✓ уполномоченных по внутреннему контролю качества - проведение оценки на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи сотрудников ГАУЗ СО «ДГКБ № 11»;
- ✓ врачебной комиссии – анализ качества медицинской помощи, обращений граждан, изучение летальных исходов.

По решению главного врача для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты.

2.4.2. Порядок проведения ЭКМП, а также анализ ее результатов определен отдельным ЛНА, утвержденным руководителем ГАУЗ СО «ДГКБ № 11».

2.4.4. Порядок оценки, на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи, предусматривает следующие уровни:

0й уровень – Самоконтроль сотрудников;

1й уровень – УПК 1 уровень старшая медицинская сестра/заведующий отделением и другие линейные руководители;

2й уровень – УПК 2 уровень главная медицинская сестра, заведующий детской поликлиникой, старшая медицинская сестра детской поликлиники, заведующий отделом контроля качества, врач-методист отдела контроля качества;

3й уровень – заместители главного врача;

4й уровень – Центральная врачебная комиссия, Служба контроля качества;

5й уровень – Главный врач.

2.4.5. Права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля, на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи, регламентированы Приложением 1.5 настоящего Положения.

2.5. В рамках внутреннего контроля, на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи, проводятся проверки путем оценки деятельности структурных подразделений и/или МО в целом по направлениям, группой собственных и (или) привлеченных экспертов/специалистов для анализа осуществляемой деятельности:

2.5.1. Плановые проверки, на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи, проводятся в соответствии с ежегодным планом, главным врачом, не реже 1 раза в квартал по каждому подразделению.

2.5.2. Кратность внутренних проверок определяется с учетом ранжирования по направлениям и структурным подразделениям, в порядке определенном п. 3.2.

Предмет плановых и целевых (внеплановых) проверок определяется в соответствии с п. 1.2 настоящего Положения.

2.5.3. Целевые (внеплановые) проверки, на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи, проводятся:

- ✓ при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;
- ✓ при неисполнении плана корректирующих мероприятий и (или) не достижении целевых показателей;
- ✓ по решению главного врача (заместителя главного врача) ГАУЗ СО «ДГКБ № 11».

2.6. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается руководителем ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности структурных подразделений, но не должен превышать 10 рабочих дней.

2.6.1. О проведении плановой проверки сотрудники уведомляются любым доступным способом не позднее, чем за три рабочих дня до начала его проведения.

2.6.2. О проведении внеплановой проверки сотрудники уведомляются любым доступным способом не позднее, чем за двадцать четыре часа до начала ее проведения.

2.6.3. Приказ о проведении проверки утверждается руководителем медицинской организации и включает:

- ✓ вид проверки (плановая, внеплановая);
- основание для проведения проверки;
- ✓ срок проведения проверки;
- ✓ структурные подразделения, подлежащие проверке;
- ✓ состав членов комиссии, участвующих в проведении проверки; сроки предоставления результатов проверки руководителю МО.

2.7. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок члены комиссии/сотрудники СВКК имеют право:

2.7.1. осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений МО;

2.7.2. знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;

2.7.3. знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников МО, а также результатами анализа жалоб и обращений граждан;

2.7.4. доступа в структурные подразделения МО, а также в здания, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам;

2.7.5. организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

2.8. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляются в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по направлениям обозначенным п. 2.2.2.

III. Оформление результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

3.1. Формирование отчетов по итогам проверки/аудита:

3.1.1. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок СВКК составляется отчет, в том числе разработка мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» и сотрудников.

3.1.2. К отчету могут прилагаться дополнительные материалы, в том числе и фотографии.

3.1.3. В отчете о проведении проверки указываются выявленные несоответствия, а так же могут отмечаться лучшие практики, возможные к масштабированию в других структурных подразделениях МО.

3.2. По результатам оценки степени (доли) соответствия каждой группы показателей определяется уровень качества и безопасности медицинской деятельности подразделения/направления/МО в соответствии со следующей градацией:

3.2.1. если уровень соответствия составляет 81% и более, то уровень качества и безопасности медицинской деятельности признается *безопасным* и требует контроля и минимальных улучшений;

3.2.2. если уровень соответствия составляет от 75% до 80%, то уровень качества и безопасности медицинской деятельности признается *условно безопасным* и требует проведения корректирующих мероприятий по отдельным процессам осуществления медицинской деятельности;

3.2.3. если уровень соответствия составляет до 75%, то уровень качества и безопасности

медицинской деятельности признается *небезопасным* и требует комплексного подхода и проведения существенных изменений;

3.2.4. Ранжирование результатов внутреннего аудита проводится с учетом достижения уровня качества и безопасности медицинской деятельности п. 3.2.1-3.2.3, как в разрезе структурных подразделений и направлений с определения *безопасного, условно безопасного и небезопасного уровней*. Ранжирование результатов служит для оптимизации использования временных и кадровых ресурсов при проведении проверок/аудитов, а также нематериального стимулирования сотрудников медицинской организации (схема 1).

3.2.4.1. Ранжирование по направлению:

При отсутствии профильных экстремальных событий и достижении уровня соответствия показателей, количественных индикаторов 81% и более в целом по МО; отсутствии более 75% структурных подразделений от общего количества в МО, к которым применимы требования данного направления уровня соответствия более 75%, очередная плановая проверка проводится через год. При этом структурные подразделения, с уровнем соответствия до 75% подлежат целевой проверке по данному направлению.

3.2.4.2. Ранжирование по структурным подразделениям:

При отсутствии экстремальных событий и достижении уровня соответствия показателей, количественных индикаторов 81% и более по подразделению и отсутствии применимых направлений, с уровнем соответствия до 75%, очередная плановая проверка проводится через год. При этом контроль 1,2 и 3 уровней проводится в рабочем режиме, в соответствии с п. 2.4.4.

IV. Мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности

4.1. Мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности проводится путем сбора и анализа информации о состоянии медицинской деятельности СВКК, с целью получения подтверждения того, что система функционирует в соответствии с установленными требованиями, внедрена результативно и поддерживается в рабочем состоянии.

4.2. Мониторинг количественных показателей качества и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» проводится в соответствии с планом

4.3. ОККМК готовит сводный отчет за полугодие/год о результатах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

К сводному отчету прилагаются графики, диаграммы, таблицы и иные формы представления данных.

Сводный отчет утверждается руководителем медицинской организации, доводится до сведения сотрудников медицинской организации путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинико-анатомических, клинических разборов, личных кабинетов сотрудников в АИС и иных организационных мероприятий, и является основанием для проведения внеплановой проверки и (или) корректирующих мероприятий.

№	Данные, входящие в сводный отчет	Ответственный за предоставление
1.	Результаты внутренних плановых, внеплановых (целевых) проверок	ОККМП
2.	Количественные показатели	ОККМП
4.	Результаты анализа случаев инцидентов	ОККМП
5.	Результаты анкетирования сотрудников и пациентов/законных представителей/посетителей	ОМиКМП

6.	Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок по результатам ЭКМП	ОККМП
7.	Анализ заболеваемости, в том числе новорожденных ИСМП, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости ИСМП	Отдел эпидемиологический
8.	Данные о выявленных случаях побочных действий, по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов	ОККМП
9.	Данные по обратной связи: анализ обращений (жалоб) граждан, в том числе данные по удовлетворенности пациентов	ОККМП + ОМиКМП

V. Формирование корректирующих мероприятий

Корректирующими мероприятиями в рамках внутреннего контроля являются:

- 5.1. разработка, анализ и реализация программ развития Учреждения, ее отдельных структурных подразделений по направлениям деятельности, связанных с улучшением показателей качества и безопасности медицинской деятельности;
- 5.2. проведение образовательных мероприятий, клинических разборов, направление медицинских работников на циклы и курсы повышения квалификации (в том числе внеплановые), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников специализированными медицинскими изданиями, включая Интернет-ресурсы;
- 5.3. разработка необходимой документации, в том числе приказов, распоряжений руководителя Учреждения, инструкций, СОПов, алгоритмов и иных ЛНА;
- 5.4. использование мер административного воздействия на сотрудников, допускающих нарушения обязательных требований действующего законодательства, создающих угрозу жизни и здоровью граждан;
- 5.5. дополнительное стимулирование и поощрение сотрудников, показавших высокие результаты в ходе реализации мероприятий по улучшению показателей качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации;
- 5.6. разработка и реализация комплекса иных мер для реализации плана корректирующих мероприятий на усмотрение руководителя МО.

IV. Заключительные положения

- 6.1. Положение вступает в силу с момента его утверждения.
- 6.2. Разделы настоящего Положения могут быть изменены, дополнены.

Приложение 1. Основные направления для обеспечения политики качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ СО «ДГКБ № 11».

1. Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинской организации;
2. Система управления работниками в медицинской организации;
3. Идентификация личности пациентов;
4. Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи);
5. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор;
6. Контроль качества и безопасность обращения медицинских изделий;
7. Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике;
8. Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности;
9. Безопасность среды в медицинской организации
10. Профилактика рисков, связанных с инвазивными вмешательствами;
11. Организация ухода за пациентами. Профилактика падений и пролежней.
12. Организация оказания медицинской помощи на основании доказательной медицины.
13. Обеспечение принципов пациентоцентричности при осуществлении медицинской деятельности;
14. Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения.
15. Диспансерное наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями;
16. Стационар замещающие технологии

Перечень дополнительных направлений медицинской деятельности и разделов внутреннего контроля в КДЛ МО:

17. Управление персоналом.
18. Обеспечение ресурсами.
19. Идентификация и прослеживаемость.
20. Производственная среда и безопасность.
21. Управление информацией и информационная безопасность.
22. Управление преаналитическими процедурами.
23. Управление аналитическими процедурами.
23. Управление постаналитическими процедурами.

Виды внутреннего контроля:													
Плановая оценка на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи (ВККиБМП)						Внеплановая (целевая) оценка на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи (ВККиБМП)							
Основные нормативные документы, регламентирующие внутренний контроль:													
Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; Приказ Росздравнадзора от 11.02.2022 № 973 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»													
Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;						Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике) 2017 г., разработанные ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора; Предложения (практические рекомендации) по внутреннему контролю качества и безопасности деятельности медицинской лаборатории 2018 г., разработанные ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора;							
Категории сотрудников, подлежащие внутреннему контролю:													
сотрудники с медицинским образованием						все сотрудники							
Уровень контроля	Ответственный	Виды контроля	Объем контроля	Периодичность контроля	Регистрация результатов контроля	Передача информации о результатах	Уровень контроля	Ответственный	Виды контроля	Объем контроля	Периодичность контроля	Регистрация результатов контроля	Передача информации о результатах
							5	главный врач	Ответственный за организацию и проведение внутреннего контроля				
							4	Зам. главного врача по КЭР	организация и проведение плановых и внеплановых внутренних/внешних проверок; сбор статистических данных; учет жалоб и обращений	утвержденные направления деятельности	в соответствии с ежегодным планом, но не реже 4 раз в год	оценочные листы, сводный отчет, выбор тем для ЭКМП	главному врачу
3	ВК (заместитель главного врача/начальник отдела по организации деятельности ВК)	резэкспертиза ЭКМП 2 уровня, целевая/тематическая экспертиза	количество от объема ЭКМП; с учетом тематики	ежемесячно	экспертные карты резэкспертизы/ журнал учета клинико-экспертной работы, сводный отчет результатов ЭКМП	главному врачу, в СВКК	3	УПК2	контроль УПК1; мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий; анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях ЛС, МИ		ежеквартально		Отдел контроля качества
2	заведующие отделениями	ЭКМП	АК/ИБ	ежемесячно	экспертные карты	заместителю главного врача/начальнику отдела по организации деятельности ВК	2	УПК1	теоритический и практический контроль сотрудников	исполнение должностных обязанностей сотрудниками в отдела	ежемесячно/целевой - по мере поступления ЛНД	журнал теоритическо го и практическог о обучения, критерии стимулирующ их выплат	УПК2/Отдел бухгалтерско го учета и финансового планировани я
1	медицинский работник	самоконтроль/регистрация случаев нежелательной реакции при использовании ЛС и МИ	все случаи	по мере возникновения	извещение	заместителю главного врача/начальнику отдела по организации деятельности ВК	1	сотрудники	самоконтроль	100% выполняем ой работы	постоянно	сообщение об инцидентах	в СВКК
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВК И СВКК													
Мониторинг результатов внутреннего контроля:													
ВК						СВКК							
анализ заболеваемости; анализ ЭКМП						количественные индикаторы; отчет по результатам аудитов							

Положение о рабочей группе по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ СО «ДГКБ № 11»

1. Общие положения

- 1.1. Рабочая группа по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» утверждается приказом главного врача.
- 1.2. Рабочая группа в своей деятельности руководствуется нормативными правовыми актами РФ, ведомственными нормативными актами, Уставом и локальными нормативными актами ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» а также настоящим Положением.

2. Основные цели и задачи

- 2.1. Цель рабочей группы – обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» в сроки установленные планом-графиком под персональную ответственность руководителя группы.
- 2.2. Задачи рабочей группы:
- 2.2.1. Формирование и организация работы по разделам внутреннего контроля качества.
- 2.2.2. Обеспечение взаимодействия с внутренними и внешними участниками внутреннего контроля качества.
- 2.2.3. Создание условий для своевременного и успешного осуществления внутреннего контроля качества.

3. Организационные формы деятельности рабочей группы

- 3.1. Деятельность рабочей группы осуществляется посредством периодически проводимых заседаний с периодичностью, необходимой для реализации плана графика, но не реже 1 раза в две недели.
- 3.2. Повестка заседания рабочей группы формируется ее руководителем, с учетом поступивших предложений от членов рабочей группы.
- 3.3. Место и время проведения заседания рабочей группы сообщается всем членам рабочей группы руководителем группы.
- 3.4. На заседаниях рабочей группы формируются планы мероприятий, назначаются ответственные лица, устанавливаются сроки исполнения, рассматриваются отчеты о выполнении планов, осуществляется корректировка планов.
- 3.5. Члены рабочей группы информируют руководителя (модератора) о ходе и результатах реализации внутреннего контроля качества в установленные руководителем сроки.
- 3.6. Руководитель рабочей группы координирует работу членов подгруппы и привлекаемых к работе специалистов.
- 3.7. Ежемесячно оформляется протокол, который подписывается руководителем рабочей группы и направляется заместителю главного врача для принятия дальнейших управленческих и организационных решений.
- 3.8. Оригиналы протоколов хранятся в отделе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

4. Сроки действия и порядок изменения Положения

- 4.1. Положение вступает в силу с момента его утверждения.
- 4.2. Разделы настоящего Положения могут быть изменены, дополнены.
- 4.3. Срок действия Положения устанавливается на период функционирования рабочей группы.

Права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля, на соответствие требованиям показателей качественной и безопасной медицинской помощи

Ответственность, полномочия и взаимодействие сотрудников ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» (далее Учреждение) определяются с целью внедрения и поддержания в рабочем состоянии результативной Система управления качеством посредством следующих документов: положений о подразделениях, должностных инструкций и функциональных обязанностей, локальных документов (СОПов, СОКов, РД, ЛНА), которые документированы и доведены до сведения сотрудников, настоящим положением.

Для эффективного управления контролем качества медицинской помощью и безопасностью медицинской деятельностью в Учреждении могут формироваться коллегиальные органы.

Самоконтроль сотрудников

Сотрудники Учреждения обязаны постоянно повышать свою квалификацию в соответствии с действующим законодательством.

Сотрудники должны руководствоваться в своей работе утвержденными СОПами и иными действующими нормативными актами.

Учреждение выделяет ресурсы на проведение внутренних циклов повышения квалификации, которые проводятся на базе Учреждения, так и приглашенными специалистами и внешних циклов повышения квалификации, которые проводятся на базе ведущих образовательных учреждений повышения квалификации, а также с использованием различных форм электронного обучения. Планирование повышения квалификации медицинского персонала осуществляет руководитель подразделения по согласованию с руководителем отдела по управлению персоналом и заместителем главного врача. Вся информация по повышению квалификации фиксируется в службе управления персоналом и уполномоченных по качеству. Управление кадрами ведется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Уполномоченный по качеству 1 уровня

Уполномоченными по качеству 1 уровня являются непосредственными руководителями сотрудников, находящимися в его подчинении в соответствии с исполняемыми обязанностями, такие как, старшая медицинская сестра, заведующий отделением, заведующий сектором и др.) (далее – УПК 1).

УПК 1 в вопросах, относящихся к системе контроля качества, подчиняется непосредственному вышестоящему руководству, сектору внутреннего контроля.

В своей деятельности УПК 1 руководствуется:

- Настоящим Положением;
- распоряжениями вышестоящего руководства и сектора внутреннего контроля;
- локальными нормативными актами и другими нормативными документами Учреждения.

Обязанности УПК 1:

- ✓ Организует работу, в порученном ему структурном подразделении/отделении, направленную на улучшение качества и обеспечение безопасности медицинской деятельности в Учреждении.
- ✓ Участвует в разработке документов системы контроля качества.
- ✓ Организует и контролирует ознакомление сотрудников отделения с основными принципами контроля качества и основной документацией системы внутреннего контроля.
- ✓ Ведет учет документов системы контроля качества, поступающих в подразделение в соответствии с профилем и областью применения.

Приложение 1.5. Права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

- ✓ Проводят первичный инструктаж вновь принятых сотрудников, в том числе и по вопросам политики качества и безопасности медицинской помощи, принятой в Учреждении.
- ✓ Проводит обучение сотрудников - исполнителей СОПов в соответствии с Порядком по разработке, внедрению и применению Стандартных операционных процедур (СОП).
- ✓ Организует второй уровень внутреннего контроля, в том числе и контроля исполнения СОПов непосредственными участниками процесса.
- ✓ Постоянно отслеживает актуальность действующих СОПов, регламентирующих деятельность сотрудников, согласно должностным инструкциям, внутри отделения.
- ✓ Постоянно контролирует наличие актуальной документации контроля качества у сотрудника в соответствии с должностью на рабочих местах непосредственных исполнителей.
- ✓ Участвует в подготовке подразделения к внутренним и внешним аудитам (проверкам).
- ✓ Доводит до сведения сотрудников подразделения результаты аудитов.
- ✓ Организует устранение несоответствий в отделении, в сроки, в соответствии с планом корректирующих мероприятий.
- ✓ При изменении нормативной базы, регламентирующей деятельность отделения по профилю и несоответствии СОПов нормативной базе, в течение 3-х рабочих дней уведомляет сектор внутреннего контроля в письменном виде с обоснованием неактуальности (служебная записка).

УПК 1 имеет право:

- ✓ Запрашивать информацию о деятельности в области качества в соответствующих отделениях Учреждения в отделе качества.
- ✓ Знакомиться с приказами главного врача и утвержденными документами, регламентирующими деятельность в области системы контроля качества и другими нормативными актами Учреждения.
- ✓ Контролировать деятельность в порученном ему структурном подразделении/отделении в области системы контроля качества и представлять в сектор внутреннего контроля свои предложения по улучшению системы контроля качества.

В рамках исполнения своих должностных обязанностей УПК 1 взаимодействует:

- ✓ с уполномоченными по качеству подразделений Учреждения;
- ✓ с сотрудниками подразделения;
- ✓ с сектором внутреннего контроля;
- ✓ с уполномоченным по качеству 2 уровня, заместителем главного врача.

УПК 1 несет персональную ответственность за:

- ✓ Возложенные на него обязанности в области качества и безопасности медицинской деятельности.
- ✓ За достоверность предоставляемой информации.
- ✓ Своевременность выявления несоответствий в деятельности подразделения.
- ✓ Своевременное выполнение приказов и распоряжений в области качества и безопасности медицинской деятельности.
- ✓ За актуальность разработанных и согласованных им СОПов.
- ✓ За своевременное ознакомление исполнителей СОПов в подразделении (если применимо) и правильность применения СОПов в основной деятельности исполнителей, в отношении которых несет ответственность.
- ✓ За исполнение плана корректирующих мероприятий, направленного на улучшение качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении в рамках своих компетенций.

Уполномоченный по качеству 2 уровня (руководители структурных подразделений)

Уполномоченными по качеству 2 уровня являются: главная медицинская сестра, заведующий детской поликлиникой, главная медицинская сестра детской поликлиники, врач-методист, заведующий отделом контроля качества, и др. (далее – УПК 2).

УПК 2 в вопросах, относящихся к системе контроля качества, подчиняется непосредственному вышестоящему руководству, осуществляют совместную работу с сектором внутреннего контроля. УПК 2 подчиняются подконтрольные ему УПК 1.

В своей деятельности УПК 2 руководствуется:

- Настоящим положением;
- распоряжениями вышестоящего руководства и сектора внутреннего контроля по вопросам управления качеством;
- локальными нормативными актами и другими нормативными документами Учреждения.

Обязанности УПК 2

- ✓ Организует работу службы, подразделений или группы по разделам внутреннего контроля качества, направленные на улучшение качества и обеспечения безопасности медицинской деятельности в Учреждении.
- ✓ Участвует в разработке документов управления качеством в соответствии с планом-графиком.
- ✓ Осуществляет контроль исполнения СОПов непосредственными участниками процесса.
- ✓ Ежеквартально до 15 числа месяца следующего за отчетным, контролирует правильность заполнения журнала теоретического и практического обучения персонала.
- ✓ Отслеживает актуальность действующих СОПов, регламентирующих деятельность службы/подразделения согласно профильности своих должностных обязанностей.
- ✓ Участвует в подготовке подразделений (службы) к внешним аудитам (проверкам).
- ✓ Доводит до сведения сотрудников службы/подразделений результаты аудитов.
- ✓ Принимает участие в разработке плана корректирующих и предупреждающих мероприятий по улучшению качества и безопасности медицинской деятельности с руководителями подразделений согласно профильности своих должностных обязанностей.
- ✓ Контролирует исполнение мероприятий, направленных на улучшение качества и безопасности медицинской деятельности в подразделениях (службе) в соответствии с разработанными планами.
- ✓ При изменении нормативной базы, регламентирующей деятельность службы/подразделений и несоответствии СОПов нормативной базе, в течение 3-х рабочих дней уполномоченный по качеству уведомляет сектор внутреннего контроля в письменном виде с обоснованием неактуальности (служебная записка).

УПК 2 имеет право:

- ✓ Запрашивать информацию о деятельности в области качества в соответствующих подразделениях Учреждения в секторе внутреннего контроля.
- ✓ Знакомиться с приказами главного врача и утвержденными документами, регламентирующими деятельность в области качества и другими нормативными актами Учреждения.
- ✓ Контролировать деятельность службы (подразделений) в области качества и представлять главному врачу и врачу-методисту сектора внутреннего контроля свои предложения по улучшению Системы управления качеством.

В рамках исполнения своих должностных обязанностей УПК 2 взаимодействует:

- ✓ с уполномоченными по качеству 1 и 2 уровней Учреждения;
- ✓ с сотрудниками подразделений;
- ✓ с сектором внутреннего контроля.

УПК 2 несет персональную ответственность за:

- ✓ Возложенные на него обязанности в области качества и безопасности медицинской деятельности.
- ✓ За достоверность предоставляемой информации.
- ✓ Своевременность выявления несоответствий в деятельности службы/подразделений.
- ✓ Своевременное выполнение приказов и распоряжений в области качества и безопасности медицинской деятельности.
- ✓ За актуальность разработанных и согласованных им СОПов.

Служба контроля качества

Выполняет следующие функции:

- ✓ Разработка и актуализация документации медицинской организации для управления качеством и безопасностью медицинской деятельности;
- ✓ Организационно-методическое руководство, координация и контроль деятельности структурных подразделений медицинской организации по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности, стандартизации процессов;
- ✓ Совершенствование и внедрение новых методов организации работы на основе современных, в том числе международных, подходов, а также использование специализированных информационных технологий;
- ✓ Организация и проведение образовательных и научно-методических мероприятий по вопросам улучшения качества и безопасности медицинской деятельности;
- ✓ Проводят вводный инструктаж вновь принятых сотрудников, в том числе и по вопросам политики качества и безопасности медицинской помощи, принятой в Учреждении.
- ✓ Организация и контроль обучения разработанным внутриучрежденческим документам всех заинтересованных сотрудников, организация работы комиссий по пересдачам; организация и контроль самообучения медицинских работников по вопросам качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности; разработка годового плана обучения сотрудников, по тематикам месяца, организация работы и проведение школы уполномоченных по качеству; организация и контроль работы симуляционной площадки; анализ результатов обучения;
- ✓ Работа с пациентами/сотрудниками по вопросам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности: опрос; анкетирование; анализ полученной от пациентов информации; выявление проблемных моментов;
- ✓ Участие в формировании критериев эффективности деятельности подразделений и сотрудников, в мониторинге их выполнения;
- ✓ Формирование ежегодного плана – графика внутренних аудитов, формирование комиссий для проведения внутренних аудитов;
- ✓ Организация и обеспечение проведения внутренних/внешних аудитов;
- ✓ Контроль соблюдения регламента и сроков проведения проверок медицинской организации по курируемому направлению;

- ✓ В части проведения мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности сектор внутреннего контроля осуществляет следующие функции:
разработка, внедрение и актуализация показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности;
анализ данных, полученных от руководителей структурных подразделений соответствующего профиля, о состоянии медицинской деятельности для учета и измерения выявленных показателей и закономерностей для принятия управленческих решений в рамках внутреннего контроля;
 - ✓ Формирование сводных отчетов по результатам аудита, с учетом показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности, с планом корректирующих мероприятий и утверждение у руководителя медицинской организации годового отчета о проверке медицинской организации и разработанного плана корректирующих мероприятий;
 - ✓ Координация и реализация плана корректирующих мероприятий;
 - ✓ Информирование врачей, среднего медицинского персонала и других сотрудников медицинской организации о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности и мерах, принимаемых для улучшения;
 - ✓ Организация статистического учета и формирования отчетности о результатах медицинской организации по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности;
- Деятельность сектора внутреннего контроля осуществляется на основании данного Положения и положения о секторе внутреннего контроля.

Главный врач, в рамках Системы управления качеством обладает следующими полномочиями:

- ✓ утверждает документы Системы управления качеством и другие внутренние документы;
- ✓ обеспечивает понимание и неуклонное проведение политики в области качества на всех уровнях Учреждения;
- ✓ принимает решения о проведении анализа Системы управления качеством со стороны руководства и утверждает мероприятия по устранению несоответствий, выявленных при проведении анализа;
- ✓ утверждает годовой план развития Системы управления качеством, как часть плана общего плана Учреждения;
- ✓ утверждает годовой план проведения внутренних аудитов;
- ✓ утверждает результаты анализа Системы управления качеством со стороны руководства;
- ✓ утверждает план проведения корректирующих мероприятий по выявленным несоответствиям;
- ✓ выделяет необходимые ресурсы для результативного функционирования Системы управления качеством и ее постоянного совершенствования.
- ✓ утверждает документы Системы управления качеством и другие внутренние документы;
- ✓ организует реализацию процесса разработки, внедрения и повышения результативности Системы управления качеством;
- ✓ утверждает план проведения корректирующих действий по выявленным несоответствиям;
- ✓ выделяет необходимые ресурсы для результативного функционирования Система управления качеством и ее постоянного совершенствования.



Плановые аудиты по контролю качества работы среднего медперсонала в 2025 г.

квартал	тема аудита	показатели проверки	подразделение	аудитор	планируемая дата
I квартал	Безопасность медицинской деятельности	Идентификация пациентов	все отделения ЛПУ	главная медсестра, старшая медсестра КСС	февраль 2025г.
		Наличие в подразделении нормативных правовых актов, в том числе локальных, регламентирующих работу подразделения			
		Маршрутизация пациентов, организация консультаций, обследований, в том числе в других ЛПУ			
		Обеспечение организации медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов исследований (СОП)			
		Наличие добровольного информированного согласия пациента или его законного представителя на медицинские вмешательства			
		Контроль реализации преемственности оказания медицинской помощи в стационаре, выполнение требований СОП по динамическому наблюдению за состоянием пациентов			
		Осуществление сортировки пациентов при поступлении или обращении в подразделение			
		Обеспечение соблюдения врачебной тайны, конфиденциальность персональных данных			
		Соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в подразделении ЛПУ, включая организацию мест ожидания для пациентов и членов их семей			

II квартал	Осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи	Проведение мероприятий по оценке риска возникновения, профилактике и лечению пролежней.	КСС	старшая медсестра КСС, старшие сестры отделений КСС	март 2025г.
		Анализ информации о случаях пролежней			
		Осуществление ухода за дренажами и стомами			
		Контроль знания СОП "Уход за стомами", СОП "Санация трахеобронхиального дерева", СОП "Кормление ребенка через зонд", СОП "Профилактика пролежней"			
	Осуществление мероприятий по обеспечению безопасности медицинской деятельности манипуляционных, процедурных и прививочных кабинетов	Контроль эпидемиологической безопасности	все отделения ЛПУ	эпидемиолог по профилю, главная медсестра, старшая медсестра КСС	апрель 2025г.
		Контроль безопасности применения лекарственных и иммунобиологических препаратов			
		Контроль ведения документации			
		Идентификация пациентов			
		Контроль знания и применения СОП по выполнению инвазивных манипуляций			
	Осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов	Контроль сроков годности лекарственных препаратов и расходных материалов	отделения КСС, АПП, СЗП, ЦЗС, ОПУ	заведующая аптекой, главная медсестра, старшая медсестра КСС	май-июнь 2025г.
		Контроль расчета канбана в отделениях, соответствия запасов расчетам потребностей			
		Контроль выполнения требований СОП "Выполнение вербальных назначений" в КСС			
		Контроль качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе листов назначений			
		Контроль организации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан			

III квартал	Осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности	Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	все отделения ЛПУ	эпидемиолог по профилю, главная медсестра, старшая медсестра КСС	июль-сентябрь 2025г.
		Проведение в подразделении микробиологических исследований (в том числе в случае подозрения или возникновения внутрибольничного инфицирования)			
		Организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий и инструментария			
		Расчет потребности в дезсредствах и антисептиках, контроль их наличия в подразделении			
		Контроль обращения с отходами в подразделении			
		Контроль выполнения плана обучающих мероприятий в отделениях ЛПУ			
		Соблюдение правил гигиены медицинским персоналом, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук, исполнение требований СОП "Обработка рук"			
		Использование индивидуальных средств защиты сотрудниками			
		Контроль действий персонала при проведении противоэпидемических мероприятий			
	Осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и медработников	Проведение мероприятий по снижению риска травматизма пациентов	все отделения ЛПУ	главная медсестра, старшая медсестра КСС	октябрь 2025г.
		Контроль выполнения требований СОП "Профилактика падений" в отделениях ЛПУ			
		Оснащение подразделения оборудованием для медицинской помощи с учетом особых потребностей лиц с ограниченными возможностями здоровья			
		Соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации			
		Обеспечение охраны и безопасности в подразделении, наличие схем путей эвакуации, контроль доступности путей эвакуации, наличия ключей от помещений у ответственных лиц			

Организация работы регистратуры	Оформление инфоматов, стоек информации, информационных стендов, наличие документации на них в соответствии с перечнем	АПП, СЗП, ЦЗС, ОПУ	заместитель главного врача по профилю, главная медсестра, старшая медсестра КСС	ноябрь- декабрь 2025г.
	Систематизация хранения медицинской документации, ее доставка в подразделения и на прием врачам-специалистам			
	Взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями ЛПУ			
	Коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие "речевых модулей" на разные типы взаимодействия			
	Порядок действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций			
	Обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений			
	Предварительная запись пациентов, прием и регистрация вызовов на дом			
	Оформление листков нетрудоспособности, их учет и регистрация			
	Поведение информирования граждан, в том числе и с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках ЛПУ, уровне их образования и квалификации			

ПЛАН ЦЕЛЕВЫХ ЭКСПЕРТИЗ НА 2025 год

Проблема, повод	Тема	Срок	Объем
Оказание медицинской помощи в сторонних медицинских организациях	Анализ внешних снятий за декабрь 2024 г.	Январь	60 случаев по данным СМО
Дефекты бронхолитической терапии при внебольничной пневмонии, бронхите в стационаре	Анализ показаний для назначения бронхолитической терапии пациентам с пневмонией, бронхитом в стационаре. Выполнение ФКР и клинического протокола ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» по внебольничной пневмонии, бронхиту	Февраль	30 историй болезни
Дефекты ингаляционной терапии, назначение антисептических препаратов местного действия	Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с ОРВИ, бронхитом в ОНП и на педиатрических участках, выполнение ФКР «ОРВИ», «Бронхит»	Февраль	60 случаев (ОНП, ПО)
Ранняя диагностика злокачественных новообразований в амбулаторных условиях	Экспертиза качества оказания медицинской помощи детям-инвалидам со ЗН в поликлинике	Март	60 электронных карт
Дефекты оказания стационарной помощи пациентам с анемией	Дифференциальная диагностика анемий, выполнение ФКР по анемиям в стационаре	Март	30 историй болезни
Дефекты оказания медицинской помощи пациентам с хроническими расстройствами питания	Экспертиза случаев оказания медицинской помощи в ДС №4	Апрель	30 историй болезни
Дефекты заполнения Карт профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних	Экспертиза первичной медицинской документации «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего»	Апрель	60 Карт профилактического осмотра (по 15 экз. из ДО и ШО)
Дефекты оказания медицинской помощи детям-инвалидам с сахарным диабетом	Выполнение клинических рекомендаций МЗ РФ «Сахарный диабет 1 типа» (дети), Алгоритма ГАУЗ СО «ДГКБ № 11»	Май	60 ЭК (по 10 ЭК из ПО)
Выполнение Методических рекомендаций МЗ СО и ТФОМС СО (Приказ № 347-п/ № 63 от 17.02.2023) в части общего хронометража реабилитационных мероприятий на 2 этапе	Оказание медицинской помощи пациентам по профилю «Медицинская реабилитация» в ДС № 3	Июнь	30 ИБ ДС №3
Дефекты оказания медицинской помощи пациентам с хроническими расстройствами питания на педиатрических участках, включая оценку физического развития и нутритивного статуса	Выполнение клинических рекомендаций МЗ РФ «Ожирение» (дети), методических рекомендаций МЗ РФ по оптимизации вскармливания детей первого года жизни, питанию детей раннего возраста в Российской Федерации	Июнь	60 ЭК (по 10 ЭК с ПО)

Дефекты оказания медицинской помощи детям первого года жизни на педиатрических участках	Экспертиза качества наблюдения детей грудного возраста в поликлинике	Июль	60 амбулаторных карт/ЭК (по 10 с ПО)
Дефекты сортировки при оказании неотложной помощи в приемном отделении стационара	Выполнение СОП ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» по медицинской сортировке пациентов	Июль	30 случаев
Дефекты наблюдения пациентов с анемиями в поликлинике	Экспертиза качества оказания медицинской помощи детям с анемией, выполнение ФКР «Железо-дефицитная анемия»	Август	60 ЭК (по 10 ЭК с ПО)
Дефекты оказания медицинской помощи детям-инвалидам	Перекрестная проверка по чек-листам между поликлиниками	Август	60 амбулаторных карт (по 10 с ПО)
Дефекты оказания медицинской помощи пациентам с крапивницей, ангионевротическим отеком, атопическим дерматитом в стационаре	Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с крапивницей и атопическим дерматитом, выполнение клинических рекомендаций МЗ РФ «Крапивница», «Атопический дерматит»	Август	30 историй болезни
Обоснование и расчет инфузионной терапии при геморрагическом васкулите	Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с геморрагическими заболеваниями	Сентябрь	30 историй болезни
Обеспечение областных льготников бесплатными рецептами	Льготное лекарственное обеспечение, выполнение заявки больницы на 2025 год по РЛО за 9 мес.2025	Октябрь	60 ЭК (по 10 карт с ПО)
Дефекты оказания медицинской помощи детям-инвалидам	Анализ первичной инвалидности, экспертиза качества диспансерного наблюдения детей-инвалидов в амбулаторно-поликлинических подразделениях, выполнение программы реабилитации (ИПРА)	Октябрь	60 ЭК (по 10 карт с ПО)
Выполнение ФКР «Бронхиальная астма», приказа главного врача от 08.12.2022 № 834 «Об утверждении решения медсовета по анализу выполнения ФКР «Бронхиальная астма в АПП ГАУЗ СО «ДГКБ № 11»	Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой на педиатрических участках и в ОСП	Ноябрь	60 ЭК (по 10 карт с ПО)
Ошибки в интерпретации результатов ПЦР диагностики на герпес вирусы в стационаре	Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с острыми респираторными инфекциями, которым проводилась ПЦР диагностика на герпес вирусы	Ноябрь	30 историй болезни
Нарушение периодичности диспансерного наблюдения	Экспертиза качества диспансерного наблюдения пациентов, выполнение приказа МЗ СО от 09.11.2022 № 2545-п «О совершенствовании организации оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению Свердловской области в части диспансерного наблюдения	Декабрь	60 ЭК (по 10 карт с ПО)

	на педиатрическом участке»		
Дефекты ингаляционной терапии при бронхиолите, дефекты диагноза	Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с бронхиолитом в педиатрических отделениях и ОРИТ	Декабрь	Истории болезни за 2025 год